

Instrucciones:

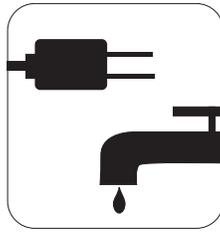
Favor de marcar con una X las tres necesidades más grandes de usted y/o su familia.



Comida



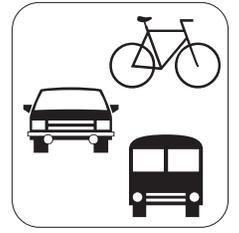
Vivienda



Ayuda con Servicios



Reparaciones del Hogar



Transporte



Atención Médica



Cuidado Dental



Salud Mental



Acabar con el Abuso de Drogas y Alcohol



Acabar con Violencia Doméstica



Habilidad de Ser Padre



Actividades después de Clases y de Verano



Estudios y Entrenamiento Vocacional



Encontrar Empleo



Asistencia Legal



Cuidados en el Hogar



Servicios a Discapacitados



Cuidado Infantil



Cuidado de Ancianos



Información y Referencias

Otros servicios que no se dan en esta información:

Favor de llenar:

Edad: _____

Mujer: _____ Hombre: _____

Zona Postal: _____